Aus der II. medizischen Klinik zu Berlin.

Lane Medical Library

Ueber Trauma in Beziehung zu Ulcus ventriculi.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

AN DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

BERLIN

VON

SAMUEL GREISER

AUS ODESSA (RUSSLAND).

Tag der Promotion: 28. November 1913.

BERLIN 1913

DRUCK VON CARL SIEBERT'S BUCHDRUCKEREI, ELSASSERSTR. 54

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medicinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus.

Meinen lieben Eltern

in dankbarer Liebe zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uebertraumainbez0000samu

Einleitung.

Die moderne sozialpolitische Gesetzgebung ist in der Arbeiterfürsorge bestrebt, vom Standpunkte des öffentlichen Rechts aus Fragen zu erörtern, die man früher auf privatrechtlichem Wege zu erledigen sich bemüht hatte. Der durch Krankheit, Unfall Geschädigte soll nicht, wie in der Armenpflege geschieht, »Almosen« empfangen, sondern für das, was er in gesunden Tagen erarbeitet hat, dann Entschädigung als »Forderung« beanspruchen können. Die großartigen Einrichtungen der deutschen Arbeiterversicherung haben auch im Ausland Anklang gefunden. Der Aufschwung der Industrie insbesondere in Deutschland hat Millionen von Arbeitern, beiderlei Geschlechts Arbeitsmöglichkeiten geschaffen, aber die Zunahme der manuellen Betriebe hat auch die Berufsgefahren vermehrt. Abgesehen von den Berufsschädigungen, den Gewerbekrankheiten, kommen noch eine große Anzahl von Schädigungen in Betracht, die der Betrieb mit sich bringt. Die Erfahrungen auf dem Gebiete, die sich auf die Beziehungen zwischen »Trauma« und innere Krankheiten erstrecken, sind noch nicht abgeschlossen. Da nur Ärzte auf diesem Gebiete als Sachverständige entscheidendes Urteil zu fällen haben, sollen Fälle, die geeignet sind, als wertvolles Material auf irgend einem Spezialgebiet zu dienen, der allgemeinen Kenntnis übermittelt werden, so ist die traumatische Entstehung des

Magengeschwürs noch nicht durch so viele einschlägige Fälle fundiert, daß es sich erübrigte, weiteres Material mitzuteilen. Daher schien es wünschenswert, nach eingehender Würdigung der vorliegenden Literatur auf zwei Fälle der II. med. Poliklinik der Kgl. Charité nochmals zurückzukommen, da sich bei diesen sehr instruktiven Fällen seit der Mitteilung von Hirsch wesentliche Veränderungen herausgestellt haben.

In der folgenden Arbeit werde ich mich bemühen, eine Zusammenstellung der Fälle zu geben, in denen ein mechanischer Insult ausschlaggebend für die Entstehung eines Geschwüres der Magengegend ist.

Allgemeines.

Das runde Magengeschwür war schon in der älteren Literatur bekannt, aber Unterscheidungsmerkmale gegenüber Carcinome Vertriculi kannte man nicht. Als eigenes Krankheitsbild wurde das Geschwür im Jahre 1830 von Cruveilhier entdeckt, er hat es anatomisch beschrieben und die klinischen Symptome charakterisiert, nämlich: Hypersekretio Hömatemesis, Schmerzen nach dem Essen, dann folgen mit ihrer Erfahrung Rokilansky und die klinischen Beobachtungen von Jaksch.

Das Ulcus kommt am häufigsten bei Personen weiblichen Geschlechts vor, relativ selten bei Personen unter 30 Jahren, fast nie bei Kindern. Chlorose und Anämie disponieren zu Ulcus simplex. In den letzten Jahrzehnten sucht man die Aetiologie des Ulcus zu erklären, doch herrscht bis jetzt noch keine einheitliche Auffassung. Nach R. Bischoff spielen die Störungen im Blutumlauf in den Magengefäßen die Hauptrolle. »Die lebende durch unversehrte Gefäße in regelrechtem Ernährungszustande erhaltene Schleimhaut widersteht der verdauenden Wirkung des Magensaftes, die in letzter Linie das runde Geschwür herbeiführt, daher auch bleichsüchtige Mädchen besonders zur Bildung von Magengeschwüren neigen, weil sie neben der schlecht ernährten Magenschleimhaut meistens starke Säurebildung zeigen. Er sagt ferner: »daß die Störungen im Gebiete des Pfortaderkreislaufes

leicht zu hämorrhagischer Nekrose und zu chronischen Geschwüren disponieren.« Eine solche Disposition findet man auch beim akuten und chronischen Magenkatarrh, besonders wenn dieser von starkem Brechreiz begleitet ist. Auch Erkrankungen der Gefäßhaut, anerismatische oder variköse Erweiterungen, Ernährungsstörungen derselben, Obliterationen der Arterien haben häufiger Geschwürbildung im Gefolge. Die Lieblingsstellen der Geschwüre den Punkten der Cusnatur entsprechen, an welchen die Magenarterien ihre Äste in die Magengegend hineinsenden. Ein Ulcus kann entstehen durch subkutane oder innerliche Darreichung von Giften (Strychnin, Kalomel, Bleivergiftung). Ebenso durch heiße Speisen, wie wir sie bei Köchinnen sehen, weil die letzteren die Speisen sehr heiß genießen. Experimentell kann man ein Geschwür erzeugen durch chemische und thermische Reize. Wenn eine Gastro-adenitis besteht, so kann sich auf den Boden der Entzündung ein Ulcus entwickeln. Dann hat Weinland eine Antiferment-Theorie aufgestellt. Er sagt: »Zerstörung der Magenschleimhaut liegt an Antifermenten.« Da aber das Antiferment des Magens bei einem Salzsäuregehalt von über 0,40 pCt. zerstört, so wird ein Mangel an Alkali ebenfalls den Boden für die Zerstörung der Schleimhaut. Mechanische Verletzung spielt eine große Rolle für die Entstehung des Geschwürs.

Experimentelles.

Körte hat Diphtherie-toxine subcutan injiziert, worauf hin sich Geschwüre gebildet haben. Letulle gibt die Möglichkeit der mykotischen Entstehung eines Ulcus mentriculi in zweierlei Weise: 1) Infektion von der Oberfläche der Schleimhaut, 2) durch Selbstverdauung nach bakteritischer Venenthrombose. Tuberkulose und Lues disponieren wenig. Auch dem Schnürkorsett hat man oft Schuld gegeben. Türk hat bei Hunden durch Fütterung mit einer Bouillonkultur von Bact. coli-cumm (500

—2000 cm) ein echtes peptisches Geschwür erzeugt. Dauert die Fütterung drei — vier Monate, so entwickelt sich häufig ein Geschwür, welches zu einer tödlichen Hämorrhagie oder Perforation führt. Wird die Fütterung nach 6—8 Wochen unterbrochen, so können die Geschwüre wieder ausheilen. Payer machte Experimente an einem eingeklemmten Magenstück bei Tieren durch Einspritzung von schwacher Formalinlösung, Alkohol und heißer Kochsalzlösung, wodurch er dauernde Schädigungen der Gefäße erzielte, insofern als richtige peptische Geschwüre mit glattem Verlust ohne Heilungsneigung entstanden sind. Dann haben Schiff und Ebstein durch Verletzung der Sehügel, Hirnschenkel und hat folgende Theorie aufgewiesen. Antipepsin in der vorderen Vierhügel und des verlängerten Markes und oberen Teiles des Rückenmarkes blutige Durchtränkungen der Magenschleimhaut erzeugt, an denen sich die Geschwüre bildeten. Für unsere spezielle Frage des traumatischen Ulcus waren die Versuche Bannis von großer Bedeutung. Er machte Experimente auf Tiere in dreifacher Weise: 1) Versuche an Kaninchen, indem er denselben bei gefülltem Magen auf der Höhe der Verdauung einen starken Schlag in die Magengegend gab; 2) ebenfalls bei gefülltem Magen wiederholte kleine Schläge in die Magengegend ausführte; 3) einen einzigen heftigen Schlag nach dreitägigem Fasten gab. Zum Schlagen diente eine kleine hölzerne Keule. Das Ergebnis dieser Versuche war, daß bei gefülltem Magen der Tiere, welcher also weniger leicht ausweichen kann und dem Schlag einen größeren Widerstand bietet, eine Zerreißung der Magenschleimhaut und ein daraus sich entwickelnder geschwüriger Prozeß, welcher bis auf die muscularis heruntergreifen kann. In der zweiten Versuchsreihe kam es zu diffusen entzündlichen Prozessen mit umschriebenen interstitiellen Hämorrhagien mit Substanzverlusten. In der dritten Reihe von Experimenten gelang es unter sechs Experimenten, eine umschriebene

entzündliche Reizung hervorzurufen. Katzenstein hat folgende Theorie aufgewiesen. Antipepsin in der Magenwand spielt die Hauptrolle bei der Entstehung des Geschwürs. Dabei muß berücksichtigt werden 1) Circumscripte Neurose der Magenwand durch Thrombose und Embolie; 2) Herabsetzung des Antipepsins in der Magenwand; 3) der wirksame Magensaft. Nach vielen gelungenen Experimenten kam Katzenstein zu folgendem Schluß: »Das Magengeschwür ist die Folge einer umschriebenen Schädigung der Magenwand, deren Heilung nicht erfolgt, weil das normale Verhältnis des Pepsins im Magensaft zum Antipepsin der Magenwand im Sinne einer Vermehrung des Pepsins und einer Verminderung des Antipepsins gestört wird. Man kann experimentell ein Ulcus hervorrufen, wenn wir einen Schleimhautdefekt setzen und zugleich das normale Verhältnis zwischen Pepsin des Magensaftes und Antipepsin der Magenwand in erwähntem Sinne stören. Beim Kaninchen, dessen Magensaft frei von Pepsin und dessen Magenwand ohne Antipepsin, mußte deshalb pepsinhaltiger Magensaft zugesetzt werden. Beim Hund, bei dem Pepsin, beziehungsweise Antipepsin reichlich vorhanden ist, mußte das Antipepsin zerstört werden.«

Leube hat zuerst auf das traumatische Ulcus ventriculi hingewiesen. Er schreibt: »Traumen geben unter allen Umständen höchst selten Veranlassung zum Magengeschwür. Ich selbst habe unter hunderten von Fällen dieser Krankheit, weder vom Patienten ein Trauma als ätiologisches Moment des Geschwürs anschuldigen hören, noch je Grund gehabt, auf ein solches als Ursache der Erkrankung zu rekurieren. Erst vor Jahresfrist trat die Frage ernstlich an mich heran, ob es möglich sei, daß ein Sprengstück eines explodierten Maschinenkessels, welches noch mit großer Gewalt gegen das Abdomen eines in der Nähe beschäftigten Arbeiters geschleudert worden war, ein Ulcus ventriculi, an dessen Symptomen der betreffende Arbeiter seit dem Tage der Unterleibsquet-

schung litt, zu erzeugen imstande gewesen sei.« Leube entscheidet dann diese Frage im bejahenden Sinne, indem er sich dabei auch auf Duplay stützt, welcher in mehreren Fällen beobachtet hat, daß an Insulte der Magengegend die Erscheinungen des Magengeschwürs sich lassen, sowie auf C. Hoffmann, welcher bei einem Manne, der zwischen zwei Puffer geraten war, eine handtellergroße Ablösung der Magenschleimhaut des Fundus ventriculi konstatiert hatte.« In neuester Zeit hat v. Bergmann folgende Theorie aufgestellt: »Patienten mit Ulcus ventriculi und Duodeni haben mit verschwindenden Ausnahmen allgemeine Zeichen gestörter Harmonie zwischen Sympathicus und antonomen System oder im vegetativen Nervensystem überhaupt. Neben diesen allgemeinen Zeichen sind am Magen und Duodenum selbst die vom vegetativen Nervensystem beherrschten Funktionen Krampf des muscularis proprie zeitlich vollkommen zu sammen

I. Fall von Quincke.

Der Arbeiter H. S., 33 Jahre alt, wurde am 27. 12. 1894 in die hiesige Klinik aufgenommen; er gab an, früher stets gesund gewesen zu sein und bemerkte seit Anfang November des Jahres, seit welcher Zeit er auf der Werft als Nieter beschäftigt war, und viel nieten mußte, eigenartiges Druckgefühl in der Magengegend, das sich stets nach der Nahrungsaufnahme verschlimmerte. Appetit bestand dabei. Stuhlgang war unregelmäßig, sehr oft angehalten. Seit Mitte November verstärkte sich dies Gefühl und Patient mußte sehr häufig nach der Nahrungsaufnahme sich übergeben. Auch hatte er sehr häufig heftiges Aufstoßen. Seine Stuhlverhaltung behandelte er mit Bitterwasser. Der Appetit war dabei ungestört, Lust zum Essen war vorhanden, doch wurden die gegessenen Sachen nach 5—10′ Minuten wieder ausgebrochen. Das Erbrochene schmeckte sehr bitter und sah gelbgrün aus.

Nach dem Erbrechen hat Pat. häufig Sodbrennen. Bis Anfang Dezember arbeitete Patient noch regelmäßig, dann wurden die Beschwerden aber so stark, daß er einen Arzt zu Rate zog, der ihm »weiße, säuerlich schmeckende Medizin, später Karlsbader Salz und braune Magentropfen« gab. Die Medizin wurde jedoch ebenso wie das Ricinusöl, das er wegen der Stuhlverstopfung erhielt, sofort nach der Aufnahme wieder ausgebrochen. Seit Anfang Dezember arbeitete Patient nicht mehr und suchte, da seine Beschwerden immer stärker wurden, das hiesige Krankenhaus auf. Lues und Potatorium durchaus negiert. Bei seiner Arbeit als Nieter mußte Patient 15 bis 20 Pf. starke Eisenstahlstangen ins Gerüst des Schiffes halten, damit sie oben vernietet werden konnten. Dabei saß er stets und setzte sich die Eisenstange, um sie besser halten zu können, auf die Magengegend. Auf die Eisenplatten wurde dann von oben fest gehämmert.

Status:

Patient ist kräftig gebauter, mittelgroßer, blaß aussehender Mann. Die Palpation des Magens und der Unterleibsorgane ist Patient sehr schmerzhaft. Tumor kann nirgends gefühlt werden. Keine Kotballen. Auch vom Rectum aus keine zu fühlen. Magen reicht nach Auftreibung bis 1 cm unterhalb des Magens. Nach häufigem Aufstoßen und ungefüllt bis zum Nabel. Der Fundus ist besonders druckempfindlich. Doch gibt Patient Schmerzensäußerungen auch bei Druck auf anderen Stellen des Magens an. Leber nicht vergrößert, nicht druckempfindlich. Über den Lungen normales Atemgeräusch. Herz: Dämpfung nicht vergrößert. Töne rein. Puls 77. Urin etwas getrübt, enthält geringe Mengen Indikan und kein Eiweiß. 27. 12. — 11. 1.: Nach jeder aufgenommenen Mahlzeit bekommt Pat. heftiges Erbrechen. Dies Erbrechen tritt meist nach 4—5 Stunden nach der Nahrungsaufnahme ein. Die erbrochenen Massen reagieren sauer, enthalten ziemliche Mengen Schleim und H Cl, keine Hefe-

zellen. In der Gegend des Pylorus fühlt man eine kleine Resistenz, die deutlich druckempfindlich ist. Stuhl etwas angehalten, daher Klysma und Brustpulver. Urin etwas trübe. Kein Eiweiß. Geringe Mengen Indikan. Nach dem Erbrechen fühlt er sich sehr wohl; er gibt an, weniger Schmerzen im Magen zu haben. 11. 1. — 14. 1.: Von jetzt an konnte Pat. Fleisch essen, ohne danach Druckempfindlichkeit zu haben. Häufig Verlangen nach mehr Essen. Magen weniger druckempfindlich. Stuhlgang von selbst ohne Beschwerden. Am 14. 1. hatte Pat., als er zu Bett gehen wollte, plötzlich starke Schmerzen in der Magengegend, so daß er nicht mehr stehen konnte. »Es war ihm, als wollte sein Blut stocken.« Als der Arzt kam, lag Pat. sehr ermattet im Bett. Profuser Schweißausbruch, starke Druckempfindlichkeit in der Pylorusgegend. Permanente Singultus. Nach feuchtwarmen Umschlägen auf die Magengegend und 10 Tr. Tinct. Opic. besserte sich der Zustand. 14. 1. 25. 1.: Von jetzt ab bessert sich das Befinden zunehmend. Pat. steht am 20. 1. auf, hat guten Appetit, nur immer noch Druckempfindlichkeit in der Magengegend. Mit diesen Beschwerden wird Pat. äußerer Verhältnisse halber nach vierwöchentlicher Behandlung am 25. 1. entlassen.

Ein weiterer von Quincke beobachteter Fall betrifft einen 40 Jahre alten Grenzaufseher K. J. aus Loeben. Er gab an bei seiner Aufnahme in die Klinik, daß er vor ungefähr einem Jahre auf einem nächtlichen Patrouillenmarsche derartig gestürzt sei, daß sein Gewehr mit der Mündung auf die Erde und der Kolben ihm gegen die Magengrube stieß, wobei auch der Kolbenhals zerbrach. Er hatte damals in der Magengegend ziemlich lästige Schmerzen, trank aber beim Nachhausekommen einige Stunden später seinen Kaffee ohne zu erbrechen. Die Schmerzen blieben jedoch ungefähr acht Tage, sie traten aber nur beim Essen auf. Erbrechen trat nie ein. In der Folgezeit verloren sich die Schmerzen und es bestand geringe Appetitlosigkeit, bis seit dem 1. Juli nach

seiner Übersiedelung von der dänischen Grenze nach Kiel sich die Beschwerden wieder mehrten. Seit dieser Zeit litt er an zeitweisen krampfhaften Schmerzen in der Magengegend; dieselben traten meist nach dem Essen auf, oder wenn Pat. kalt geworden war. Sie dauerten 1—3 Min. und konnten anfangs unterdrückt werden, wenn Pat. den Atem anhielt, und mit beiden Händen die Magengegend drückte. Nach dem Essen oder Trinken von Flüssigkeit heftiges Aufstoßen — säuerlich und Sodbrennen, starke Blähungen im Leibe. Flatus gingen sehr schwer ab. Dabei bestand allgemeine Appetitlosigkeit. Pat., sonst ein starker Raucher, mochte keine Zigarre mehr. Morgens schlechter Geschmack im Munde. Großes Mattigkeitsgefühl. Für seine Beschwerden nahm Pat. Salzsäure. Mitte Oktober wurden die Beschwerden immer stärker. Die Schmerzen konnten durch Druck auf die Magengegend nicht mehr beseitigt werden und wurden häufiger und lästiger, nicht nur nach dem Essen. Sogleich trat Erbrechen ein, meistens 5—6 Stunden nach dem Essen. Das Erbrochene schmeckte meist bitter, soll stets dunkelbraun ausgesehen haben. Vor demselben stets intensives Aufstoßen und Sodbrennen. Kein Übelkeitsgefühl. Daneben zu Zeiten heftige Diarrhoen, ganz unabhängig von der Art der genossenen Speisen. Stuhlgang war braun, sehr dünn, schleimig; nicht starker Geruch. Ende Oktober konsultierte Pat. einen Arzt, der nach dreitägiger Behandlung eine hernia supraumbilicalis im Epigastrium diagnosticierte und dem Pat. ein Bruchband anfertigen ließ. Dasselbe konnte jedoch vor zu starken Druckschmerzen auf der Magengegend nicht getragen werden. Bis Oktober konnte Pat. seinen Beruf erfüllen, war nur zeitweise bettlägerig. Von da ab konnte er das nicht mehr, lag meistens im Bett und stand nur hier und da noch auf. Silvester Nachmittag wurde er auf einem Wege zur Post ohnmächtig. Ihm wurde es schwarz vor den Augen, alles drehte sich, er verlor die Besinnung. Wie lange er besinnungslos gewesen, ist unbekannt. Als

er erwachte, hatte er ein unangenehmes Druckgefühl im Magen, mußte sehr oft aufstoßen und schließlich erbrach er eine ziemliche Menge schwarzer, kaffeesatzartiger Masse. Er wurde nach Hause gebracht und lag von da ab fest im Bett. Zunehmende Schmerzhaftigkeit im Magen. Pelotte wurde gar nicht mehr vertragen. 5—6 Stunden nach dem Essen häufig nachts Erbrechen. Pat. merkte dies schon mehrere Stunden vorher an dem häufigen Aufstoßen und »Mühlen« im Magen. Nach dem Erbrechen große Erleichterung. Viel Durst; Pat. war aber vorsichtig, da Wasser nicht vertragen werden konnte. Nur einige Tassen warmer Tee wurden aufgenommen. Stuhlgang nur auf Klysmata, schwarz-braun, zum Teil mit festen, kleinen Klumpen. In der vergangenen Woche hält dieses Erbrechen unabhängig von der Mahlzeit an. In dem schwarz-braunen Erbrochenen ein Stück »wie eine Hühnerleber groß«, außen glatt, innen mit geronnenem dunkelroten Blut angefüllt. Das Erbrochene roch und schmeckte unangenehm bitter und sauer. Nach diesem Erbrechen soll sich der Bruch verkleinert haben. Pat. nahm »rote Medizin« zum Stopfen des Stuhles, daneben sehr kräftige Nahrung, viel Pepton, Pepsin, Malzextrakt, Malzbier. Auf Rat eines Arztes suchte Pat. jetzt die Klinik auf. Er will früher nie krank gewesen und kein Alkoholiker sein. In letzter Zeit liebte er sehr saure und scharf gewürzte Sachen. In den letzten Wochen aß Pat. nur dünne Schleimsuppen.

Status:

Mittelgroßer, sehr bleich aussehender abgemagerter Patient. Auf der Höhe der Magengegend sieht man ein Bruchband verlaufen, dessen Pelotte auf die Magengrube drückt. Nach Abnahme desselben und Husten tritt kein Bruch hervor. Magengegend gering gewölbt. Magen anscheinend zwei Finger breit oberhalb des Nabels. Entlang der großen Curvatur fühlt man scheinbar eine etwas harte unebene Resistenz, die sich bis zur Pylorusgegend hinzieht. Über dieser, namentlich 2 Querfinger breit am

linken Rippenbogen, deutlich starke Druckempfindlichkeit, circumscript auf diese Stelle und die Pylorusgegend beschränkt. Bei Palpation des Magens von verschiedenen Seiten werden diese beiden Stellen jedesmal angegeben. Druck auf die übrige Magengegend ist gar nicht empfindlich. Von einem Bruch oder einer Bruchpforte nichts zu sehen oder zu fühlen. Abdomen eingesunken, zeigt keine Druckempfindlichkeit. Untersuchung per rectum. Keine Hämorrhoiden, nirgends Schmerzhaftigkeit, keine Kotballen. Über Abdomen auch über der Leber bei leiser Perkussion überall tympanitischer Schall, Lungenschall geht direkt in diesen über. Leber in der Mittellinie bis 2 Finger breit unter dem Rippenbogen, nicht palpabel. 16. 11.: Schleimsuppen und Milch werden gut vertragen und nicht ausgebrochen. Pat. behauptet, durch die warme Pelotte auf der Magengegend ganz bedeutende Linderung seiner Schmerzen zu haben. Kein Schlaf. 18. 11.: Nachdem Pat. am Abend 10 Tropfen Morphium bekommen, tritt nachts plötzlich Erbrechen ein. Das Erbrochene soll nur flüssig, sehr wenig, von dunkelbrauner Farbe und ohne Geruch gewesen sein. Vorher häufiges Aufstoßen, unangenehmes Druckgefühl im Magen, keine Übelkeit; nachher große Erleichterung, Magen frei. In den faeces Haeminkristalle. Urin viel Indikan. 19. 2. — 28. 2.: Wieder nachts häufiges Aufstoßen, morgens Erbrechen. Der Zustand ändert sich wenig. Pat. erbricht fast täglich. Die Magengegend bleibt intensiv druckempfindlich; der Magen scheint stark gefüllt, reicht bis 2 Finger breit unterhalb des Nabels. In der Zwischenzeit fühlt sich der Pat. verhältnismäßig wohl. 28. 11.: Auf Pressen kommt etwas weiches in der Magengegend hervor, wahrscheinlich Netz. Gestern abend und nacht Erbrechen sauer riechender Massen schlecht verdauter Speisereste. Im ganzen fast 800 ccm. Pat. fühlt sich heute morgen sehr angegriffen und matt. Die vorgewölbte Stelle der Hernia heute wieder eingesunken. Magengegend flach. Magengrenze nicht deutlich perkutier-

bar wegen Gasansammlung im Darm. Druckempfindlichkeit nicht scharf lokalisiert. Im Erbrochenen schwache H Cl Reaktion, viel Hefe und Sarcine, Milchsäure. Heute morgen vor dem Essen ohne vorhergehendes Aufstoßen Erbrechen einer geringen Masse nicht riechender Speisereste, enthaltend unverdaute Fleischteile. Wenig H Cl, Milchsäure, zahlreiche Hefe und Sarcine in dem Erbrochenen. Befinden sehr schlecht darauf. Nach jeder Speiseaufnahme Schmerzen im Magen, großes Druckgefühl und Gefühl von Völle. 5. 3. — 10. 3: Da das Erbrechen nach jedweder Nahrungsaufnahme anhält, wird die Ernährung per Klysma fortgesetzt. Letztere werden gut vertragen. Magen und Hypogastrium nicht mehr druckempfindlich. 11. 3. — 31. 3.: Von jetzt ab nimmt Pat. wieder Speise zu sich. Brechen ist nicht mehr vorhanden. Das Befinden bessert sich. 1. 4. — 21. 4.: Magen nicht mehr druckempfindlich. In der linken oberen Bauchgegend etwas vermehrte Resistenz. Magen reicht gut fingerbreit über den Nabel. Schmerzen nach dem Essen nicht mehr vorhanden. Bei der täglichen Spülung, die jetzt sehr gut vertragen wird, werden sehr reichliche gährende Speisereste entfernt. In dem Ausgeleerten keine H Cl, starke Milchsäurereaktion. Stuhlgang erfolgt spontan ohne Klystier. 23. 4.: Heute morgen Befinden recht schlecht. Gefühl von Völle im Magen, starke Druckempfindlichkeit am Pylorus und am Fundus. Vor der Spülung Erbrechen von ca. 1000 ccm. einer mit dicken dunkelbraunen Massen durchsetzten kaffeesatzartigen Flüssigkeit. Darauf große Mattigkeit, reißende Schmerzen im Magen. Im Erbrochenen wie im Stuhl reichliche Mengen Häminkristalle nachweisbar. Trotz Ernährungsklystieren Wiederholung des Erbrechens am 24. 4. Letzteres zeigt gleiches Aussehen und Reaktion. 25. 4. und 30. 4.: Das Befinden bessert sich wieder; Stuhlgang noch gering bluthaltig. 29. 4. wieder Ernährung per os. Letztere wird gut vertragen. Am 1. 5. muß Pat. äußerer Verhältnisse halber ungeheilt entlassen werden.

II. Fall Vannis.

Eine 32 jährige Frau war auf einen Stuhl gestiegen, heruntergefallen und mit der Magengegend gegen die Ecke eines eisernen Bettes aufgeschlagen. Im Anschluß an diesen Stoß entwickelten sich alle Zeichen eines Magengeschwürs. 20 Tage nach dem Fall trat zuerst Blutbrechen auf, welches sich zweimal wiederholte. Im übrigen verlief der Fall unter bekannten Erscheinungen günstig.

III. Fall von Dr. Aug. Stoll.

Der 24 jährige Bereiter L., der bisher völlig gesund gewesen war, stürzte beim Reiten so unglücklich, daß der Sattel mit heftigem Druck die Magengegend quetschte. Erst am andern Tage trat nach dem Essen ein reißender, brennender Schmerz in der Magengegend ein, derselbe soll beim Reiten wieder aufgehört haben. Dies wiederholte sich alle Tage. 4 Wochen darauf morgendliches Erbrechen, schleimig, bitter und von grüngelber Farbe. Blut soll nicht dabei gewesen sein. Zwei Wochen mußte L. wegen der heftigen Schmerzen das Reiten aufgeben. Durch Bettruhe und geeignete Diät trat Besserung ein, so daß in den nächsten 2 Monaten nur 2—3 mal Erbrechen, und zwar wieder ohne Blut auftrat. Während der Krankheit hatte Pat. 46 Pfund abgenommen. In der Klinik, in welche er sich jetzt aufnehmen ließ, wiederholte sich das Erbrechen noch mehrmals ohne Blutbeimengung. Nach 10 Tagen wurde auch Blut im Erbrochenen wahrgenommen. Die Untersuchung ergab eine Magenektasie; es wurde angenommen, daß letztere durch ein Ulcus, welches durch seine Vernarbung zur Pylorustenose geführt hatte, entstanden sei. Die nach einigen Monaten vorgenommene Sektion bestätigte obige Diagnose.

IV. Fall von Clayton.

Ein 16 jähriger Knabe geriet zwischen zwei Puffer eines Eisenbahnzuges. Darauf verspürte er heftige Schmerzen im Leibe und es trat Blutbrechen ein. Die

Operation, wie die am folgenden Tage erfolgte Sektion ergab, daß die serosa des Magens unverletzt, die Schleimhaut an zwei Stellen zerrissen war. Der eine Riß befand sich an der vorderen Wand in der Mitte zwischen Cardia und Pylorus; derselbe war sternförmig von 1 Zoll Breite, die Schleimhaut an dieser Stelle von der Muscularis abgestreift. Der zweite Riß unmittelbar gegenüber an der hinteren Wand, ähnlich Größe und Form. Es ist wohl sicher anzunehmen, daß sich, wenn nicht exitus vorher eingetreten wäre, ein Ulcus ventriculi aus diesen Rissen entwickelt hätte.

V. Fall von Duplay.

Das 34 jährige Dienstmädchen H., welches früher einigemale an »Magenkrämpfen« gelitten hatte, wurde von Übeltätern mit Schlägen zu Boden geschlagen. Die Magengend war hauptsächlich getroffen, aber die Pat. konnte über die Art des Traumas keine Auskunft geben. 4 Stunden vor dem Unfall hatte die Kranke nur eine Tasse Kaffee mit Milch getrunken. Einige Stunden nach demselben erbrach sie etwa 50 ccm fast reinen Blutes. Dies wiederholte sich mehrfach an dem ersten Tage; das Getrunkene wird mehr oder weniger mit Blut gemischt ausgebrochen. Am folgenden Tage kein Erbrechen mehr. Milchbehandlung. Nach 15 Tagen konnte Pat. als geheilt entlassen werden.

VI. Fall von Duplay.

Der 48 jährige Pat., welcher bisher ganz gesund und nie an gastrischen Beschwerden gelitten hatte, wurde von einem Wagen umgeworfen und fiel nach vorne um. Bei dieser Erschütterung stieß er mit der Magengegend heftig gegen die Erde. Vier Stunden vorher hatte er gegessen. Er konnte noch zu Fuß nach Hause gehen, da die Schmerzen nicht sehr groß waren. Letztere steigerten sich am folgenden Tage, und waren auf die Magengegend beschränkt. In den nächsten Tagen trat Erbrechen mit

Beimengung von Blut auf. Dabei bestand Appetitlosigkeit und Schmerzempfindung, selbst bei Einführung flüssiger Nahrung. Nach geeigneter Behandlung hörte nach 15 Tagen das Erbrechen ganz auf und Pat. konnte nach 2 Monaten als geheilt entlassen werden. Die Diagnose war auf Ulcus ventriculi gestellt worden.

VII. Fall von Duplay.

Die 26 jährige Marie X. war auf einen Tisch gestiegen, um Vorhänge zu befestigen, kam dabei zu Fall und schlug mit der Magengegend gegen die Tischkante. Das 3 Stunden vorher eingenommene Mahl wurde erbrochen, ob Blut beigemengt, war nicht zu ermitteln. Drei Tage darauf Erbrechen einer überaus großen Menge von rotem Blut, dasselbe wurde erst durch Darreichung von Eis gestillt. Dies wiederholte sich häufig 3 Wochen lang. Nahrung wurde ebenfalls meist wieder ausgebrochen. Jetzt erst begab sie sich in die Klinik; hier wurde ein Druckschmerz und ein weniger heftiger spontaner Schmerz in der Magengegend festgestellt. Die Behandlung war die eines Magengeschwüres, es trat noch mehrmals blutiges Erbrechen ein, aber nach 3 Monaten konnte Pat. als geheilt entlassen werden.

VIII. Fall von C. F. Brush.

Bei der Sektion eines 63 jährigen Mannes ergab sich folgender Befund: die Baucheingeweide waren untereinander stark verklebt, in der hinteren Magenwand fand sich ein Loch, durch welches der Finger in den stark erweiterten ductus pancreaticus hineingelangte; der pylorus war verengt und ließ keine Sonde durch. Das fest mit dem Magen verbundene Pancreas war wabenförmig verändert. Durch den stark erweiterten Ausführungsgang gelangte der Finger in das Duodenum. Die Leidensgeschichte begann 40 Jahre zuvor. Pat. hatte nach einer guten Mahlzeit einen schweren Stein zu heben versucht, danach starke Leibschmerzen bekommen, und litt seitdem

an heftigen Magenbeschwerden mit Erbrechen. Es ist anzunehmen, daß sich hier aus einem kleinen Schleimhautriß oder durch das Bersten eines kleinen Blutgefäßes ein chronisches Magengeschwür mit schweren Folgezuständen, nämlich Durchbruch in den ductus pancreaticus und von da in das Duodenum entwickelt hat.

IX. Fall von Ritter.

Ein junges, kräftiges, vorher ganz gesundes Individuum, welches einige Wochen vor seinem Eintritt ins Spital von einem Stuhl herab mit der Magengegend gegen eine Tischkante gefallen war, einige Tage später mit heftigen Schmerzen nach dem Essen erkrankte und acht Tage nach dem Fall mit einer Hämatemesis den Beweis lieferte, daß jener Fall die Entstehung eines Magengeschwürs verschuldet hat.

X. Fall von R. Wittneben.

Der 28 jährige Hausknecht A. schleppte ein Faß Bier von 36 Litern Inhalt den Keller hinauf, dasselbe vor dem Bauch haltend; beim Hinaufsteigen auf die Schenkstube brach die erste Treppenstufe und A. fiel mit dem Faß auf den Rücken. Vor diesem Fall war A. stets vollkommen gesund gewesen. Er hatte anfangs keine Schmerzen und verzehrte noch sein Abendbrot. Darauf trat Entleerung stark bluthaltigen Kotes und bald nachher Erbrechen des eben Genossenen mit etwas Blutbeimengung auf. Dabei bestanden starke Schmerzen in der Magengegend, die noch 2—3 Stunden anhielten. Dies wiederholte sich nach jeder Nahrungsaufnahme. Nach acht Tagen erfolgte seine Aufnahme ins Krankenhaus, wo Druckschmerz in der linken Sternallinie am Rippenbogen nachgewiesen wurde. Nach 14 tägiger Kur gegen Ulcus ventriculi konnte Pat. als geheilt entlassen werden.

XI. Fall von Rehn.

Ein 24 jähriger Arbeiter wurde verschüttet, so daß er mit dem linken Rippenbogen auf die Bretterwand einer

Lowry gedrückt wurde. Bald darauf trat Blutbrechen ein. Die Operation ergab Abzeßbildung in der bursa omentalis; dicht über dem Ansatz des großen Netzes beginnend, an der hinteren Wand befand sich ein 4 cm großer, bereits verklebter Magenriß.

XII. Fall von W. Ebstein.

Ein 39 jähriger Brennereiarbeiter, der früher vollständig gesund gewesen sein soll, verspürte beim Tragen einer ungefähr 2 Zentner schweren Last einen »Knack« in seinem Körper, wodurch er gezwungen wurde, die Last sofort abzuwerfen. Einige Tage darauf trat mäßiges Blutbrechen auf, auch die Stühle waren bluthaltig. Wenige Tage darauf erfolgte fast vollständige Erblindung. Etwa drei Viertel Jahre später kamen Symptome eines schweren Krebsleidens in den Bauchorganen mit hochgradiger Gelbsucht und einer schnell sich entwickelnden Darmstenose. Der Tod erfolgte durch Perforationsperitonitis etwa 10 Monate nach dem stattgehabten Unfall. Bei der Sektion bestätigte sich auch die seiner Zeit auf Ulcus ventriculi gestellte Diagnose.

XIII. Fall von W. Ebstein.

Bei einem 36 jährigen Phthisiker, der zugleich mit chronischer Herzaffektion behaftet war, stellten sich durch die beim Heben eines schweren Steines erforderliche übermäßige Kraftanstrengung bald nachher Dyspepsie, Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend ein, welch letztere nach der Nahrungsaufnahme sich steigerten. Das Erbrochene war zum Teil blutig, ebenso die Stuhlentleerungen mit Blut gemischt. Es war dabei eine hochgradige Schmerzhaftigkeit in der sogenannten Herzgrube verspürt worden. Die Diagnose wurde auf Ulcus ventriculi gestellt. Nach 5 Wochen hatte sich durch Vernarbung des Geschwürs eine Pylorustenose und in deren Gefolge eine Magenerweiterung angeschlossen.

XIV. Fall von Ebstein.

Der 26 jährige Zimmermann E. soll, nachdem er bis zum 20. Jahre völlig gesund war, nach schwerem Heben »Blut gespuckt« haben. Darauf trat häufiges Erbrechen ein, besonders nach dem Essen, ferner saures, übelriechendes Aufstoßen, dabei hartnäckige Stuhlverstopfung. Er lag deswegen mehrere Wochen zu Bett. Ein Jahr später wurde er Soldat, lag 26 Wochen im Lazarett, wo er über häufiges, nicht blutiges Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend klagte. Letztere waren besonders bei Druck sehr heftig. Ein Jahr darauf erbrach er plötzlich 1 Liter dunklen Blutes, nach 3 Tagen noch $^1/_3$ Liter, hatte schwarzen Stuhl und heftige nach dem Rücken ausstrahlende Magenschmerzen. Bei entsprechender Diät und medikamentöser Behandlung hörten die Beschwerden nach einigen Wochen auf. Die Diagnose war »Ulcus ventriculi«.

XV. Fall von H. Richardière.

Ein 38 jähriger Mann ist in das Krankenhaus aufgenommen worden mit den klassischen Symptomen des einfachen Magenulcus. Er hat starke Magenschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken. Wenn die Schmerzen aufgehört haben, werden sie durch Nahrungsaufnahme wieder hervorgerufen und die Palpation ist äußerst schmerzhaft. Häufiges Erbrechen, wiederholte Anfälle von Haematemesis. Er führt den Ursprung seines Leidens auf eine vor 8 Monaten stattgehabte Kontusion in der Magengegend zurück. 8 Monate vorher ist ihm ein Sack auf die Schulter gefallen. Infolge dieses Unfalles hatte er in der Substernale-Gegend einen Bluterguß. Er mußte seine Arbeit unterbrechen und ging ins Hospital. Dort Besserung, aber die dyseptischen Symptome schwanden nicht, so daß er in ein anderes Hospital aufgenommen wurde. Unter dem Einfluß der Milchdiät und alkalischer Arzneimittel hat sich der Zustand bedeutend gebessert. Untersuchung des Magensaftes war unmög-

lich, weil die Einführung der Magensonde durch Erbrechen und Bluterbrechen verhindert wurde.

XVI. Fall von Krönlein.

Es handelt sich um einen 48jährigen, vorher nie innerlich krank gewesenen Arbeiter, der sich bei einem Sprung in die Tiefe das Ende des Schaftes einer Heugabel heftig gegen die Magengrube gestoßen hatte. Er arbeitete noch weiter, allein schon in der nächsten Nacht stellten sich heftige Schmerzen in der Gegend des linken Rippenbogens ein, und diese zwangen ihn am folgenden Tag, die Arbeit wieder aufzugeben. Er hatte dann beständige Schmerzen im Epigastrium, verlor den Appetit und magerte ab. Etwas weniger als drei Monate nach der Verletzung fing er an, täglich spontan zu erbrechen, das Erbrochene soll aber nie Blut enthalten haben. Eine Behandlung auf der medizinischen Klinik von Prof. Eichhorst hatte eine vorübergehende Besserung der Beschwerden zur Folge, die aber nicht anhielt. Deshalb führte Krönlein 5 Monate nach der Verletzung die Laparotomie aus. Dabei fand sich eine Verdickung und derbe Infiltration der ganzen Pars pylorica, in der Serosa zeigten sich eine Reihe weißgelblicher Knötchen und im anstoßenden großen Netz lagen mehrere vergrößerte Lymphdrüsen, so daß sich Krönlein wegen Verdachts auf Pylorus-Carcinom zur typischen circulären entschloß. Patient heilte und wurde nach vier Wochen mit einer Zunahme von 6 kg an Körpergewicht aus der Klinik entlassen. An dem extirpierten Präparat fand sich der Pylorusring verändert; dagegen bestand unmittelbar vor dem Pylorus eine narbige, für eine 5 mm dicke Sonde gerade noch durchgängige Stenose. 2—4 cm vor dem kleinen, kraterförmigen Lumen hörte die Schleimhaut mit scharfem Rande auf und zwischen ihr und der Stenose fand sich eine glatte, blaßrote, etwas tiefer gelegene Gürtelzone, in deren Bereich nach dem ikroskopischen Befund bei vollständigem Fehlen der Schleimhaut die

sehr stark zellig infiltrierte Submucosa frei zu Tage lag. Von Carcinom war nirgends etwas nachzuweisen.

XVII. Fall von Stepinski.

Stepinski berichtet über einen 35 jährigen Mann, der mit Symptomen einer hochgradigen Stenose am Pylorus litt. Das Leiden hatte vor 9 Jahren in unmittelbarem Anschluß an einen Eisenbahnunfall, bei dem Patient mit dem Unterleib zwischen die Puffer zweier Waggons geraten war, begonnen und war von Jahr zu Jahr immer unerträglicher geworden. Bei der Laparotomie fanden sich zwischen Pylorus, Duodenum, Leber und Gallenblase straffe Adhäsionen; an der vorderen Wand des Pylorus eine sternförmige, mäßig eingezogene, 15 cm im Durchmesser betragende Narbe. Pylorus und Anfangsteil des Duodenums durch Adhäsionen an der Wirbelsäule fixiert. Der Magen wurde zentralwärts vom Pylorus eröffnet, und an der Übergangsstelle des Magens in das Duodenum eine für den Finger nicht passierbare harte Struktur gefunden.

XVIII. Fall von Deaver.

Es handelt sich um einen 31 jährigen Mann, der vor 2 Jahren etwa ein Dutzend Schläge mit einem 1½ Zoll dicken Draht gegen das Abdomen bekommen. Am dritten Tage sehr reichliches Blutbrechen und nachher sehr häufiges, schmerzhaftes Erbrechen, meist nach dem Essen, gehabt hatte; in der letzten Zeit war wieder Blut im Erbrochenen und er hatte stark abgenommen. Bei der Laparotomie fand sich ein orangengroßer Pylorustumor mit ausgedehnten Verwachsungen und Infiltration der angrenzenden Magen- und Duoenumwand. Nach Eröffnung des Magens ergab die Digitaluntersuchung einen Pylorusverschluß. Es wurde eine Gastro-enterostomie gemacht. Sein Zustand besserte sich; er konnte mehr essen und hatte kein Erbrechen mehr. Feste Speisen konnte er jedoch nicht vertragen und behielt auch noch etwas Schmerzen. Deaver läßt die Frage offen, ob dieser

traumatisch entstandene Tumor bösartiger Natur sei oder nicht.

XIX. Fall von Leubé.

Ein Sprengstück eines platzenden Maschinenkessels war mit großer Gewalt gegen den Bauch eines in der Nähe arbeitenden Mannes geschleudert worden. Von Stunde an litt der Arbeiter an den Erscheinungen eines Magengeschwürs.

XX. Fall von Leubé.

57 jähriger Bierbrauer, außer zweimaliger Lungenentzündung stets gesund, wurde von einem Wagen gegen die Wand gedrängt, so daß die Deichsel gegen die Magengrube andrängte. Heftige Schmerzen. 8 Tage darauf nach jeder Mahlzeit Erbrechen ohne Blut. Schmerzen in der Magengrube, die sich auf Druck und Einnahme der linken Seitenlage steigerten. Nach einer gegen Magengeschwür gerichteten Kur nach 4 Wochen geheilt entlassen.

XXI. Fall von Michaelis.

Michaelis stellt einen 26 jährigen, früher völlig gesund gewesenen Arbeiter vor, dem 26 Monate zuvor ein beladener Wagen gegen den Leib gefahren war, worauf eine Anschwellung der rechten Bauchseite, heftige Schmerzen und später Erbrechen aufgetreten seien; letzteres habe sich mit der Zeit nach jedem Speisegenuß eingestellt. 19 Monate nach dem Unfall brach er auf der Reise ohnmächtig zusammen und wurde auf die Klinik v. Leydens aufgenommen. Hier wurde eine starke Dilatation des Magens infolge von Pylorustenose festgestellt: im Magensaft fanden sich vermehrte Salzsäure, keine Milchsäure, Mengen von Hefepilzen und Sarcine. Der äußerst abgemagerte Mann erbrach alle Speisen. Nach vorübergehender Besserung verschlimmerte sich der Zustand immer mehr, so daß schließlich von König die Laparotomie ausgeführt wurde. Es fand sich eine Struktur des Magens oberhalb des Pylorus und eine Verlagerung, wenn auch nicht Verwachsung des Colon transversum

über Magen und linkem Leberlappen. Es wurde die Resektion des Pylorus vorgenommen. Das resezierte Stück zeigte eine sehr hochgradige, kaum noch für einen Federkiel durchgängige Struktur; von einem Ulcus wurde jedoch nichts gefunden. Der Heilungsverlauf war normal, es gelang aber nur sehr langsam und durch die größte Sorgfalt, den Ernährungszustand des Patienten wieder zu heben.

XXII. Fall von Dr. Jäckh.

Ein 35jähriger Fahrbursch Heinrich E. aus Cassel wurde am 30. November 1890 auf der chirurgischen Abteilung des Landkrankenhauses aufgenommen mit folgender Anamnese: Er war früher stets gesund gewesen, hatte namentlich nie am Magen gelitten. Ende September 1897 erlitt er eine schwere Kontusion der Magengegend. Er wollte sein mit dem leeren Kohlenwagen durchgehendes Pferd einfangen und als er die Zügel zu fassen bekam, fiel das Pferd auf ihn, so daß die Schere des Wagens quer über seine Magengegend zu liegen kam. Dabei fiel er selbst gegen einen an der Straße stehenden Wagen und wurde mit dem Rücken gegen das Rad dieses Wagens gepreßt. Er hielt sich an dem auf ihm liegenden Pferd, und als dieses wieder aufsprang, wurde er mit hochgerissen. Er schleppte sich dann, auf das Pferd gestützt, noch einen ziemlich weiten Weg weiter, und wurde dann teils per Pferdebahn, teils zu Fuß nach Hause gebracht. Er hatte heftige Schmerzen in der Magengegend, aber kein Erbrechen. Zu Hause auf der Treppe fiel er zusammen und mußte die Treppe hinaufgetragen und zu Bett gelegt werden. Er wußte nachher nichts davon, daß der Arzt dagewesen sei. Er war dann 9 Wochen arbeitsunfähig und den größten Teil dieser Zeit auch bettlägerig. Dann versuchte er wieder zu arbeiten, mußte aber wiederholt die Arbeit 1—2 Tage lang unterbrechen, wegen heftiger Magenschmerzen; Erbrechen hatte er nie. Erst 1½ Jahre nach dem Unfall, Ende April 1899, bekam er plötzlich früh morgens, als er eben nur ein Glas

Wasser getrunken hatte, sehr heftiges, reichliches Blutbrechen und hatte schon einen Moment nachher rein blutigen Stuhlgang. Danach stürzte er ohnmächtig zusammen. Er lag dann drei Wochen zu Bett. Als er kurze Zeit später wieder angefangen hatte zu arbeiten, mußte er schon nach 3—4 Tagen die Arbeit wieder aufgeben und dies wiederholte sich noch häufig. Er hatte immer Schmerzen in der Magengegend, namentlich bei schwerem Heben; ab und zu, die Woche 2—3 mal, hatte er jetzt auch Erbrechen, meist eine Stunde nach dem Essen, wobei immer die genossene Mahlzeit ohne Beimengung von Blut wieder herauskam. Anfang Oktober 1906 will er dann wieder einen Unfall erlitten haben. Beim Zurückschieben eines leeren Steinwagens schlug ihm die Deichsel vor die Magengegend. Er konnte nicht mehr weiter arbeiten und ging nach Hause, wobei er sich den Leib festhielt. Schon unterwegs mußte er sehr reichlich erbrechen und das Erbrechen wiederholte sich in den nächsten Tagen; Blut wurde dabei nicht im Erbrochenen beobachtet. Er blieb dann zu Hause, meldete sich aber erst nach 5 oder 6 Tagen krank. Er war sehr elend, und da sich der Zustand verschlimmerte, schickten die Angehörigen zum Arzt. Dieser fand ihn mit heftigen Schmerzen in der Magengegend im Bett liegend, ohne Erbrechen mit normalem Puls und normaler Temperatur. Allmählich besserte sich der Zustand, sodaß Pat. am 10. November wieder an die Arbeit ging. Aber schon am 22. November trat er aufs neue in ärztliche Behandlung. Es stellte sich wieder Blutbrechen ein, Patient hatte mehr Schmerzen in der Magengegend, und hier wurde jetzt eine harte Anschwellung bemerkt. Am 30. November gelang es dann endlich dem behandelnden Arzt, den Kranken zur Aufnahme ins Landkrankenhaus zu bewegen.

Status:

Mäßig genährter, aber nicht besonders krank aussehender Mann, ohne Fieber, mit gutem Puls. Abdomen

nicht aufgetrieben. Im Epigastrium ziemlich genau in der Mittellinie gelegen fühlt man einen etwa drei Querfinger im Durchmesser messenden, festen Tumor, dessen untere Grenze etwa 1 Finger breit oberhalb des Nabels, dessen obere Grenze etwa drei Finger breit unterhalb des Processus xiphoides gelegen ist; nach beiden Seiten zu reicht er ziemlich gleich weit. Er ist flach, ziemlich scharf abgrenzbar. Er scheint mit den Muskeln der vorderen Bauchwand ziemlich fest zusammenzuhängen, während die Haut frei über den Tumor verschieblich ist. Auf Druck ist er mäßig empfindlich. Auch spontan hat Patient in dieser Gegend Schmerz, und er muß etwas nach vorne gebückt gehen. Der Percussionsschall ist über dem Tumor gedämpft lympanitisch, auch weiter nach oben zu ist der Schall gedämpft, und diese Dämpfung geht weiter hin in die absolute Leberdämpfung über. Um die Magengrenzen und das Verhalten des Magens zu dem Tumor festzustellen, wurde am 1. Dezember versucht, eine Magensonde einzuführen. Dabei würgt und preßt aber Patient so scharf, daß diese Untersuchung aufgegeben wurde.

Aus demselben Grunde und wegen der Gefahr einer Magenblutung wird auf die Untersuchung des Magensaftes verzichtet. Patient hatte in den nächsten Tagen nie Erbrechen, normalen Stuhlgang, normalen Urin. Die Diagnose wurde auf ein penetrierendes Magengeschwür mit perigastrischer Tumorbildung gestellt.

XXIII. Fall von Dr. Katzenstein.

Patient stammt aus gesunder Familie, keine Lungenkrankheiten. Patient will niemals ernstlich krank gewesen sein. Vor 8 Jahren litt er an Magenschmerzen, namentlich beim leeren Magen. Der Arzt konstatierte Säuremangel. Vor 15 Monaten fuhr ihm die Deichsel eines schweren Lastwagens mit großer Gewalt in die linke Weiche. Patient flog mehrere Meter weit und zu Boden, konnte aber gleich wieder aufstehen und hatte

außer einer Hautabschürfung am Knie keine äußeren Verletzungen. Namentlich die linke Seite war nicht verletzt noch geschwollen. Jedoch nach diesem Unfall fühlte sich Patient immer elender. Er verlor an Gewicht, bald gesellten sich krampfartige Schmerzen in der Magengegend hinzu, dann auch ziehende Schmerzen, namentlich nach dem Essen. Nach den Koliken häufig Erbrechen. Der Stuhlgang war in letzter Zeit verstopft.

Status praesens:

42jähriger langaufgeschossener Mann mit phthisischem Habitus, supraclaviculargruben stark eingesunken. Starke Kachesie. Arterien rigide. Puls gespannt.

Pulm.: Über beiden Lungen diffuse trockene Rasselgeräusche, keine Dämpfung. Cor: ohne Befund. Abdomen: Man fühlt im linken Hypochondrium parallel dem linken Rippenbogen einen harten infiltrierenden Tumor. Mageninhalt: Gesamt-Acidität 8, keine freie Salzsäure. Operation am 10. 3. 1912. In Äthernarkose wird durch einen von dem Proc. iphoidens ein 3 cm oberhalb des Nabels reichenden in der Mittellinie Haut und Fascie durchgetrennt und das Abdomen eröffnet; man fühlt in der Pars pylorica an der Hinterwand eine etwa apfelgroße harte breite Infiltration, die aber ziemlich circumscript ist. Es wird daher reseciert. Medial 2 Querfinger, lateral hart am Ulcusrand wird durch starke Tabaksbeutelnaht jederseits der Magenabschnitt zugeschnürt; nach Gefäßunterbindung der Magen durchtrennt. Der Pylorusteil wird mit dem Ulcus nach außen geschlagen und die beiden Stümpfe folgendermaßen vereinigt: Hintere Serosanaht. Hintere Schleimhautnaht zwischen dem gesunden Magenabschnitt und dem Pylorusteil. Extirpation des Ulcus. Vordere Schleimhautnaht. Vordere Serosanaht. Namentlich die obere mediale Kante ist schlecht zu fassen und wird besonders sorgfältig vernäht. Eine zweite hintere Serosonaht kann nicht angelegt werden, da der Magen stark zurückgesunken ist. Durchgreifende Peritoneal-Muskel-Fasciennaht. Haut-

naht. 11. 3. Schmerzen in der Magengegend. Starkes Aufstoßen, kein Mekonium; Puls nicht beschleunigt.

12. 3. Erbrechen schwarzer, äußerst übelriechender Massen. Singultus, Hitzegefühl in der Magengegend. Puls ohne Befund. Beim Aushebern bricht Patient etwa 1½ Liter schwarzen übelriechenden Bluts. Der Magen wird mit ca. 2 Liter eiskalten Wassers durchspült. Darnach Wohlbefinden, kein Singultus und kein Erbrechen mehr. 0,6 gr. Ergotin intra musculös. 13. 3. Nacht gut, schleimiger Auswurf, etwas dunkel gefärbt. 2 Ampullen Peristaltin à 1,5 cm. 3 Nachmittags: geformter schwarzer Stuhl. 14. 3. Beginnende anhaltende Besserung.

I. Fall aus der II. med. Poliklinik der Königl. Charité.

Am 17. April 1906 war der 27 Jahre alte Arbeiter Reinhold F. mit der Ausladung von Hemdentuch beschäftigt. Beim Herausnehmen der Stücke glitt er aus und fiel mit der Oberbauchgegend auf die Wagenkante. Er verspürte sofort Schmerzen und Übelkeit und ging nach Hause, wo sich sein Befinden gegen 11 Uhr abends so verschlimmerte, daß er ein Krankenhaus aufsuchen mußte.

Im Krankenhause wurde die Diagnose Appendicitis mit Perforationsperitomitis gestellt. Man wollte sofort operieren, der Kranke gab aber seine Einwilligung hierzu nicht. Erst als am folgenden Tage lebensbedrohliche Erscheinungen sich einstellten, ließ er sich operieren. Nach der Laparatomie wurde gesunder Blinddarm festgestellt und in der Bauchhöhle vorhandener Mageninhalt wies auf ein Magenulcus hin. Der Kranke hatte niemals Magenbeschwerden gelitten, so daß er es zunächst für einen »Scherz« hielt, als man ihm beim Erwachen aus der Narkose mitgeteilt hatte, daß er am »Magengeschwür« operiert worden sei.

Die Heilung nach der Magenoperation zog sich längere Zeit hin. Erst drei Monate später wurde er aus dem Krankenhause entlassen. Im Oktober konnte der

Kranke aber erst wieder leichtere Arbeit übernehmen und war dann ungefähr 6 Monate lang wieder tätig. Es stellten sich dann wiederum Erbrechen und Schwindelanfälle ein, sodaß er in die Klinik aufgenommen werden mußte. Nach 5 Wochen war er wieder im Stande, leichtere Arbeit zu verrichten. Fast ein Jahr später stellten sich die alten Beschwerden wieder ein, sodaß er bettlägrig wurde. In der Folge bis zum Dezember 1911 wo er die II. med. Poliklinik der Königl. Charité aufsuchte, war er mit solchen Unterbrechungen in der Arbeit tätig gewesen. In der Poliklinik stellte man fest, daß stark ausgeprägte Hyperycidität bestand,

frei Äl. H Cl. 80

Ges. Acid. 110

Die Lage des Magens war nach der Röntgendurchleuchtung n o r m a l. Außerdem T u b e r k u l o s e beider Lungenspitzen, besonders der linken Seite. Er wurde deshalb in die Charité aufgenommen und von da nach 5 Wochen einer Lungenheilstätte überwiesen.

Trotz diesen starken Hypersekretionen des Magens hatte der Kranke, wenn er nicht gerade schwerverdauliche Speisen genoß, keine Magenbeschwerden.

Ein Jahr darauf traten so heftige Magenschmerzen auf, daß der Patient wieder die II. med. Poliklinik aufsuchen mußte.

Die Säureverhältnisse waren f a s t d i e s e l b e n w i e i m J a h r e z u v o r, dagegen zeigte sich bei der Röntgendurchleuchtung: Pylorusinsufficenz. Außerdem hatten sich im Verlaufe dieses Jahres basedawide Symptome ausgebildet: geringfügiger Exophthalwus, Strum, keine Tachykardie, kein Tremor,

Der Lungenstatus war ungefähr derselbe geblieben wie im Jahre zuvor.

Der Magen war nicht mehr druckempfindlich.

Was nun den Zusammenhang zwischen Magenulcus und Trauma anbetrifft, so ist wohl mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß durch das schwere Heben

ein vorhandenes Magenulcus perforiert ist. Sehr bemerkenswert ist, daß dieses Ulcus s y m p t o m l o s verlaufen ist. Auch im Verlaufe der nachfolgenden Jahre hat der Kranke »zeitweise« Magenbeschwerden gehabt, trotz der Hypersecretio.

II. Fall aus II. med. Poliklinik der Königlichen Charité.

Der 44 Jahre alte Maurer Albert Sch. hatte 1906 dadurch einen Unfall erlitten, daß ihn ein schweres Mauerstück auf den Bauch gefallen war. Folge dieses Trauma war eine Beckenfraktur mit Blasenblutung gewesen. Die Beckenfraktur heilte gut. In der Folge aber blieben dauernd wie gleich nach dem Unfall Schmerzen in der Bauchgegend, die gegen das rechte Bein besonders beim Gehen ausstrahlten, bestehen. Da die Beckenfraktur geheilt war, hielt man die Beschwerde des Kranken für ungerechtfertigt und entzog ihm die Rente bis auf einen geringen Teil. Im Dezember 1911 kam der Kranke in die II. med. Poliklinik und gab an, kurz zuvor sehr starke Darmblutung gehabt zu haben. Das schien glaubwürdig, da der Kranke tatsächlich »ausgeblutet« aussah. Die c h e m i s c h e F u n k t i o n s p r ü f u n g des Magens ergab n o r m a l e S ä u r e v e r h ä l t n i s s e. Die R ö n t g e n d u r c h l e u c h t u n g zeigte, daß der Magen nach r e c h t s verzogen war. Im Stuhl war Blut nach fleischloser Kost nachweisbar. Ein Jahr später trat wiederum stärkere Blutung aus dem Darme auf. Die Säureverhältnisse des Magens waren dieselben geblieben. Wiederum Blut im Stuhle nachweisbar. Bei der R ö n t g e n d u r c h l e u c h t u n g zeigte sich nun wiederholt sehr starke Verlagerung des Magens nach rechts, Adhaesionen intensive Pylorusinsufficenz.

Bei der schweren Verletzung, die der Kranke erlitten hat, ist bei diesem Fall mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß das ulcus ventriculi traumalisch entstanden ist.

In allen diesen vorliegenden Fällen spielt das Trauma

für die Entstehung bezw. für die Verschlimmerung eines eben vorhandenen Ulcus ventriculi eine Rolle.

Bei allen Verletzungen, die den Bauch betreffen, sollte daher, besonders wenn die Unfallverletzten ständig über Schmerzen in der Magengegend klagen, diesen Beschwerden Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Möglichkeit, daß ein Ulcus ventrivuli auf traumatischer Basis vorliegen könnte, müßte jedenfalls in Erwägung gezogen werden.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Kraus, meinen innigsten Dank auszusprechen, gleichzeitig Herrn Privatdozent Dr. Katzenstein, besonders Frl. Dr. Hirsch für die Anregung und Unterstützung bei dieser Arbeit und gütiger Überlassung der Krankengeschichten.

Literaturverzeichnis.

L'union medical 1895.
Jahresbericht von Virchow-Hirsch 1889.
Dissertationen Kiel 1898 von Lewig.
Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten von Boas.
Eulenburgs Real-Encyklopädie.
Doxil: Dissertationen in Berlin 1898.
Jessen: Monatsschrift für Unfallheilkunde 1900. Nr. 8.
Krönlein: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chirurgie. 1899, Bd. 4.
Leube: Zentralblatt für klin. Medizin 1886.
Michaelis: Deutsche Medizinal-Zeitung. 1897.
Ritter: Zeitschrift für klin. Med. 1884, Bd. 12.
Stern: Deutsche med. Wochenschrift 1899, Nr. 38.
Thiem: Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899. Nr. 5.
Wittneben: Ulcus ventriculi traumaticum. Diss. 1886, Würzburg.
Jäck: Langenbecks Archiv Bd. 66.
Naumerk: Münchener med. Wochenschrift 1895, Nr. 38, 9.
Rehn: Langenbecks Archiv Bd. 53 p. 383.
Reitzenstein: Münchener med. Wochenschrift 1899, Nr. 3, S. 1101.
Sauerbruch: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Chir. und Medizin Bd. 12, Nr. 1.
Silbermark: Wiener med. Wochenschrift 1901, Nr. 21, 2.
Winiwarter: Wiener klin. Wochenschrift. 1901. Nr. 52.
Boas: Deutsche med. Wochenschrift 1897.
Duplay: Archiv général de med. 1881.
Ebstein: Deutsches Archiv für klin. Med. 1895.
Körte: Dissertationen Straßburg 1875.
Lewig: Dissertationen Kiel 1898.

Rehn: Archiv für klin. Chirurgie 1896.
Derouet: These de Paris 1879.
Vanni Sull: ulcera dello stomaco d'origine traumatica. Los sperimentale Luglio.
Clayton: Brit. Med. Journal March. 24.
Stohl: Archiv für klin. Med. 1894.
Rehn: Arbeiten aus dem Städtischen Krankenhaus Frankfurt a. M. 1896.
Jahresbericht von Virchow-Hirsch 1889, II.
Riegel bei Nothnagels therapeutischen Büchern.
Eulenburgs Real-Encyklopädie.
Archiv für klinische Chirurgie 1913.
R. Bergmann: Münchner med. Wochenschrift 1913.

Vita.

Ich, Samuel Greiser, mosaischer Religion, wurde am 16. Dezember 1885 in Odessa geboren. Meine Ausbildung genoß ich anfangs zu Hause durch Privatlehrer, dann im Gymnasium zu Odessa. Im Jahre 1906 habe ich das Gymnasium mit Reife-Zeugnis verlassen. Seit dem Jahre 1908 besuchte ich die hiesige Friedrich-Wilhelm Universität, wo ich alle 10 Semester die Vorlesungen folgender Professoren hörte: Walcheyer, Hartwig, Pagel, Börnstein, Rubner, Schulze, Fischer, Steudel, Gabriel, Rubens, Holtermann, Virchow, Bergmann, Wolff, Goldscheider, Orth, Hildebrand, Kraus, Straßmann, Sigwart, Bumm, Franz Lewin, Passow, Silex, Bonhoeffer, Krückmann, Heubner, Flügge, Mayer, Kilian, Lesser, Schmieden. Seit dem Jahre 1910, 11, 12, 13 war ich in der II. medizinischen Poliklinik als Famulus tätig und in der letzten Zeit bei Professor Max Joseph.